

Kód pojišťovny _____	VÝPIS Z RECEPTU série VK	poř. č. _____
Příjmení a jméno _____		
Číslo pojištění _____	_____	f. _____
Bydliště (adresa) _____		

I
C
P

Rp.

Sk.	Kód	Cena

Výpis z receptu číslo
vystaveného dne
MUDr. IČP

Dne:



podpis a razítko lékárny

Připravil:	Vydal:
------------	--------

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny:

VZP-20/2006